



Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione

Indice

- 1 Principi in materia di riabilitazione
 - 1.1 Principi generali
 - 1.2 L'intervento riabilitativo
 - 1.3 Le fasi dell'intervento riabilitativo
 - 1.4 La riabilitazione di disabilità transitorie
- 2 La rete delle strutture sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione
 - 2.1 La rete ospedaliera
 - 2.2 La rete territoriale
- 3 Modalità di accesso e di dimissione, criteri di appropriatezza, progetti e programmi riabilitativi, modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, sistema dei controlli
 - 3.1 Accesso alle prestazioni riabilitative
 - 3.2 Progetto-programma riabilitativo personalizzato
 - 3.3 Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali
 - 3.4 Procedure di dimissione
 - 3.5 Sistema dei controlli e indicatori
 - 3.6 Pagamenti
- 4 La riorganizzazione della rete regionale di riabilitazione
 - 4.1 Fase transitoria
 - 4.2 Piani di riorganizzazione delle aziende Usl
 - 4.3 Norme finali

Obiettivo delle presenti linee guida è fornire primi indirizzi per l'organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione della Sardegna nonché criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa erogabili all'interno dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla normativa vigente. Il modello di riferimento è il percorso personalizzato, centrato sull'integrazione tra sociale e sanitario, caratterizzato da un approccio multidisciplinare,

Le presenti linee guida sono state elaborate a partire da una attenta valutazione della situazione attuale dell'assistenza riabilitativa in Sardegna e sulla base delle indicazioni e dei riferimenti nazionali e internazionali sulla disabilità e sugli interventi riabilitativi (Linee guida del Ministero della Sanità, Classificazioni Internazionali delle disabilità, Raccomandazioni dell'Organizzazione



Mondiale della Sanità), con l'obiettivo di avviare un processo di riqualificazione delle risposte assistenziali attraverso la realizzazione di un sistema integrato di attività ospedaliere e territoriali, di favorire una maggiore omogeneità delle risposte all'interno della Regione, di privilegiare il Distretto come ambito operativo deputato a governare i processi di cura per garantire percorsi riabilitativi appropriati, efficaci e verificabili.

1 - Principi in materia di riabilitazione

Secondo le Linee-guida del Ministero della Salute del 1998, per attività sanitaria di riabilitazione si intende quel "complesso di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure finalizzati a portare il soggetto affetto da menomazioni a limitare o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente e a ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale."

1.1 I principi generali

I recenti sviluppi scientifico-professionali in ambito riabilitativo e la conseguente evoluzione normativa suggeriscono una profonda revisione dei principi e dei processi e, conseguentemente, dell'organizzazione in ambito riabilitativo. Di seguito sono riportati i principali riferimenti normativi che recepiscono tali elementi innovativi.

L'Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 1998, recante "Linee-Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione", adotta un modello d'intervento che prevede:

1. l'attivazione di percorsi sanitari e sociosanitari integrati, mediante il funzionamento a rete dei servizi ospedalieri e territoriali; essi sono caratterizzati da più modalità di offerta (di ricovero, ambulatoriale, domiciliare) e da livelli di integrazione tra aspetti sanitari e sociali differenziati a seconda della tipologia di intervento riabilitativo (intensivo, estensivo, di mantenimento);
2. l'unitarietà e la continuità dell'intervento riabilitativo, garantite dalla predisposizione e revisione periodica di un progetto riabilitativo personalizzato, coerente con il progetto riabilitativo di struttura, che vede la partecipazione di competenze professionali e specialistiche con una impostazione multidisciplinare;
3. il coinvolgimento delle famiglie nel contesto sociale di riferimento del paziente per ricomprendere nel processo riabilitativo gli aspetti psicologici e sociali.

Il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definisce il concetto di integrazione sociosanitaria e di prestazioni sociosanitarie, che comprendono *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* (attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite) e *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* (attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute).



Il successivo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 giugno 2001, n. 129, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", all'art 2 definisce la tipologia delle prestazioni e, in particolare, stabilisce che "l'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali" e fissa i principi di programmazione ed i criteri per il finanziamento di tali attività.

Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- a) funzioni psicofisiche, capacità, potenzialità e relative limitazioni della persona, modalità di partecipazione alla vita sociale (ostacoli e possibilità);
- b) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

1.2 L'intervento riabilitativo

Quando un evento morboso, una malattia, un trauma o un fatto congenito non si esauriscono nel ciclo danno-terapia-guarigione/morte ma portano a una menomazione e a una disabilità, che rischiano di trasformarsi in svantaggio esistenziale permanente, emerge il bisogno dell'intervento riabilitativo.

Gli obiettivi della riabilitazione mirano a garantire alla persona con disabilità la massima indipendenza e la massima partecipazione possibile alla vita sociale ed economica attraverso:

1. la promozione delle abilità e delle potenzialità (ciò che la persona "sa fare, o potrebbe fare"), con una presa in carico globale dei bisogni della persona e della famiglia nelle diverse fasi dell'intervento assistenziale, riabilitativo e di integrazione;
2. il recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta;
3. l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
4. il reperimento di formule facilitanti alternative;
5. il blocco o il rallentamento della regressione funzionale per modificare la storia naturale delle malattie cronico-degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone, dove possibile, la progressione.

Il concetto attuale di riabilitazione esige una partecipazione sempre più ampia della persona e non è più riferito all'organo ma alla persona nella sua globalità, secondo la nuova classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

L'ICF, elaborata nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione, rappresenta la più recente versione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH 1980). Essa consente di cogliere, descrivere e classificare ciò che può verificarsi in associazione a una condizione di salute, cioè la "compromissione" della persona o il suo "funzionamento". La classificazione non riguarda



soltanto le condizioni di persone affette da particolari anomalie fisiche o mentali, ma è applicabile a qualsiasi persona che si trovi in qualunque condizione di salute, nei casi in cui vi sia la necessità di valutare lo stato a livello corporeo, personale o sociale. Si tratta di una concettualizzazione della disabilità che tiene conto di fattori contestuali e ambientali. La classificazione ICF è quindi, attualmente, lo standard per misurare la salute e la disabilità.

1.3 Le fasi dell'intervento riabilitativo

Con riferimento agli interventi che richiedono continuità di cure e presa in carico complessiva, l'intervento riabilitativo può essere caratterizzato da diverse fasi, di seguito specificate. Dovranno essere garantite unitarietà e continuità dell'intervento riabilitativo, attraverso la predisposizione e la revisione periodica di un progetto riabilitativo personalizzato che preveda la partecipazione di competenze professionali e specialistiche secondo un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento dell'utente e/o i suoi familiari.

Va tenuto presente che il mutamento delle condizioni dell'utente può esigere passaggi da un livello ad un altro, in entrambe le direzioni.

Le fasi dell'intervento riabilitativo possono essere così articolate:

- a. **fase del contrasto del danno e della conseguente menomazione secondaria**, nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase, strettamente integrata con il nursing infermieristico, caratterizza gli interventi riabilitativi erogati nei reparti ospedalieri per acuti (rianimazione, neurochirurgia, neurologia, stroke unit, ortopedia-traumatologia, cardiologia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, pneumologia etc.). Il primo stadio della riabilitazione ha luogo nel momento stesso in cui si verifica la menomazione e, pertanto, nella fase acuta della malattia o all'accertamento di una patologia congenita o cronica.
- b. **Fase della riabilitazione intensiva**: è collocata di norma nella fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può maggiormente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione; interviene cioè quando la disabilità è maggiormente modificabile. Si tratta di interventi diretti al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico-valutativo specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento; orientativamente si fa riferimento ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, erogate dal personale tecnico sanitario della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale etc.). Il progetto riabilitativo e i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, che non possono superare il periodo massimo di 120 giorni.
- c. **Fase della riabilitazione estensiva** (o intermedia): si tratta di interventi generalmente diretti al completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione intensiva, oppure di interventi di elezione in condizioni derivanti da patologie croniche, evolutive o stabili,



congenite o acquisite. E' rivolta al trattamento di disabilità importanti e multiple con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico nel medio termine attraverso la formulazione o la revisione di un progetto riabilitativo personalizzato e la sua realizzazione attraverso i programmi attuativi. Il progetto riabilitativo e i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, che devono essere contenuti entro il tetto massimo di 240 giorni. In presenza di gravi patologie a carattere involutivo (distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, alcune patologie congenite su base genetica, etc.) e nelle situazioni connotate da gravi danni cerebrali, disabilità plurime o complesse anche sensoriali, si può prevedere la formulazione di un ulteriore nuovo progetto-programma riabilitativo che consenta la prosecuzione dei trattamenti o l'effettuazione di cicli di trattamento periodici a carattere globale a condizione che emergano accertate indicazioni e possibilità di effettivo contrasto della disabilità.

- d. **Fase della riabilitazione di mantenimento:** è finalizzata a consentire il mantenimento nel tempo del recupero funzionale raggiunto e/o a limitare il possibile deterioramento delle capacità funzionali, anche quando non esistono le condizioni di un loro miglioramento. Si tratta di prestazioni in forma di trattamenti periodici, non globali, ambulatoriali o domiciliari, per situazioni che richiedano interventi di mobilitazione, contrasto dei processi di progressiva riduzione della motilità o della vigilanza. Richiede la formulazione di un progetto riabilitativo personalizzato, che contempli la ciclicità periodica degli interventi di mantenimento nel rispetto della continuità della presa in carico.

1.4 La riabilitazione di disabilità transitorie

Le prestazioni di riabilitazione che non comportano una presa in carico complessiva, ma che necessitano di un semplice programma terapeutico-riabilitativo sono attuabili attraverso il ricorso alle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa previste dal D.M. 22 luglio 1996, recepito a livello regionale con la deliberazione n. 19/16 del 28 aprile 1998 (nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale). Si tratta di attività specialistiche che vengono svolte a livello ambulatoriale e/o a domicilio. L'erogazione di questa tipologia di prestazioni riabilitative è oggetto di apposito provvedimento di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza afferenti alla branca specialistica di medicina fisica e riabilitativa cui si rimanda.

2 – La rete delle strutture sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione

L'assistenza riabilitativa richiede la realizzazione di una rete di strutture sanitarie e sociosanitarie, articolata nella componente ospedaliera e in quella territoriale, in grado di garantire sull'intero territorio regionale le attività di riabilitazione a tutte le persone in condizioni di bisogno.

Di seguito si riportano prime indicazioni sull'articolazione della rete.



2.1 La rete ospedaliera

Le attività di riabilitazione erogate presso presidi e strutture ospedaliere richiedono particolare impegno di qualificazione, di mezzi, di attrezzature e di personale. La puntuale definizione della rete delle strutture ospedaliere di riabilitazione sarà oggetto di un apposito provvedimento che sarà predisposto in attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, da definirsi in attuazione del Piano Regionale dei Servizi Sanitari (attualmente in discussione in Consiglio Regionale). Della rete fanno parte le seguenti strutture di riabilitazione:

2.1.1 Strutture di alta specialità (3° Livello Riabilitativo)

Le prestazioni sono erogate in **Unità operative specializzate**, collocate presso presidi di alta specializzazione.

2.1.2 Strutture di riabilitazione intensiva (2° Livello Riabilitativo)

Le prestazioni di riabilitazione intensiva sono erogate presso **Unità operative di riabilitazione intensiva** (neuroriabilitazione, riabilitazione cardiologica, respiratoria) inserite in presidi ospedalieri pubblici e privati, plurispecialistici o monospecialistici, ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica e assistenziale, o dove possano comunque essere garantite funzioni assistenziali in pazienti non stabilizzati, con presa in carico multicomprendiva.

2.1.3 Strutture di riabilitazione estensiva (1° Livello riabilitativo)

Le prestazioni di riabilitazione estensiva sono erogate, in regime di ricovero, presso **Unità operative ospedaliere di lungodegenza post-acuta a valenza riabilitativa estensiva**.

2.2 La rete territoriale

Fanno parte della rete territoriale diverse tipologie di strutture, alcune di natura sanitaria, altre di tipo sociosanitario, con tariffa mista, ovvero in parte a carico del SSR e in parte a carico dell'utente o del Comune (secondo quanto previsto da DPCM 29 novembre 2001). Le strutture di natura sanitaria si connotano per un intervento globale circoscritto nel tempo, le strutture di natura sociosanitaria possono prevedere una presa in carico nel medio lungo termine. In entrambi i casi deve essere predisposto un progetto riabilitativo. Le strutture di riabilitazione globale sono strutture che effettuano interventi rivolti al trattamento di persone con disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel medio termine e quindi un progetto riabilitativo personalizzato; svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità, che richiede un apporto multidisciplinare, medico, delle professioni sanitarie, psicologico ed anche pedagogico nel caso di disabilità in età evolutiva. Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali, di cui al D.M. 22.07.1996, per la presa in carico multidisciplinare della persona con



disabilità.

Fanno parte della rete territoriale le tipologie di strutture di seguito riportate.

2.2.1 Centri ambulatoriali di riabilitazione globale: sono strutture che erogano prestazioni riabilitative di natura estensiva (o intermedia), ambulatoriali e domiciliari, con un tempo di intervento tecnico sul paziente in ogni caso non inferiore ai 45 minuti (con riferimento all'ora come complesso della prestazione incluse le attività indirette). L'intervento riabilitativo è indicato nel caso di persone con disabilità importanti con possibili esiti permanenti, in situazione sub-acute e di disabilità emendabili, quando cioè il paziente ha: a) necessità di trattamento riabilitativo globale multiprofessionale, b) le sue condizioni consentono tale tipo di trattamento, c) è in grado di trarre beneficio da un intervento globale complesso (almeno due figure professionali per il trattamento diretto). Sono prevedibili tempi di intervento superiori all'ora (sino a un massimo di 2 ore al giorno), utili a garantire una maggior intensità del trattamento, sulla base di indicazione esplicita in fase di valutazione di ingresso da parte delle Unità di Valutazione Territoriale. Una maggiore intensità nel trattamento può essere proposta anche dal Centro in sede di formulazione del progetto-programma. La proposta dovrà essere valutata e accolta dall'UVT. Le modalità di remunerazione andranno definite con riferimento alla tariffa oraria prevista per i trattamenti ambulatoriali.

Il trattamento ambulatoriale è erogato presso la struttura; in caso di deficit deambulatori il paziente può usufruire di un trasporto protetto. Al trattamento domiciliare si può ricorrere solo nel caso in cui esista una totale insufficienza statico-dinamica del paziente con impossibilità o controindicazione al trasporto, o per manifesta impossibilità, opportunamente verificata, allo spostamento dalla abitazione per la presenza nella stessa di barriere architettoniche non eliminabili o superabili.

E' considerato improprio l'inserimento di utenti per i quali il trattamento di riabilitazione globale si configuri come sostitutivo di interventi di natura puramente socio assistenziale o sociosanitaria o qualora il bisogno riabilitativo possa essere soddisfatto con il ricorso alle prestazioni specialistiche afferenti alla branca della medicina fisica e riabilitativa di specialistica ambulatoriale previste dal D.M. 22 luglio 1996 recepito con D.G.R. 19/16 del 28 aprile 1998.

Per i pazienti inseriti in ADI il trattamento riabilitativo, ove necessario, è garantito nell'ambito del piano personalizzato di assistenza domiciliare.

Nelle strutture delle aziende sanitarie le attività di riabilitazione per l'età evolutiva sono di norma erogate nei Centri allocati presso le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza, secondo le disposizioni delle "Linee Guida per l'intervento clinico e riabilitativo territoriale nell'ambito della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza" (BURAS n° 31 del 16 ottobre 1998). In età evolutiva le prestazioni domiciliari sono effettuabili in particolari condizioni predeterminate e per tempi definiti per il raggiungimento di specifici obiettivi. I centri di riabilitazione



globale privati accreditati possono erogare anche prestazioni per l'età evolutiva. I centri di riabilitazione globale privati accreditati potranno richiedere l'accreditamento come centri specifici dedicati per l'età evolutiva, secondo quanto sarà definito dalle norme per l'accreditamento delle strutture della rete per età evolutiva (pubblica e privata) con la revisione del "Linee Guida per l'intervento clinico e riabilitativo territoriale nell'ambito della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza" (BURAS n° 31 del 16 ottobre 1998).

2.2.2 Presidi di recupero e riabilitazione funzionale: in essi si effettuano interventi di riabilitazione estensiva rivolti al trattamento di disabilità transitorie che richiedono un semplice programma terapeutico-riabilitativo, come indicato al punto 1.4. Per tale tipologia di prestazioni riabilitative si rinvia ad uno specifico provvedimento in via di predisposizione.

2.2.3 Centri di riabilitazione globale a ciclo continuativo: sono strutture che erogano prestazioni di riabilitazione globale in fase postacuta, in regime di degenza a tempo pieno.

Tale tipologia di trattamento è giustificata (eventualmente come completamento di un ciclo intensivo) per menomazioni e disabilità gravi in fase subacuta, suscettibili di modificabilità clinico funzionale, nel caso in cui esistano limiti dell'autosufficienza nelle attività elementari, tali da comportare un piano di intervento riabilitativo complesso di media intensità (almeno due ore di trattamento giornaliero, da distribuirsi nell'arco della giornata) e tali da richiedere sostegno ed attività di nursery o sorveglianza nell'arco delle 24 ore e le condizioni del paziente consentono tale tipo di trattamento. Il progetto riabilitativo non può quindi essere realizzato in regime ambulatoriale. La durata dei trattamenti non può superare 120 giorni.

Le strutture possono essere articolate in moduli o nuclei riabilitativi omogenei (riabilitazione neuromotoria, neuro-psico-cognitiva, pneumologica, traumatologica, geriatrica, etc.), generalmente di 15/20 posti letto; l'accesso ad ogni tipologia è riservato a utenti d'elezione sulla base di specifiche menomazioni e disabilità e di specifici protocolli terapeutico riabilitativi.

2.2.4 Centri riabilitativi per persone con disabilità psichica (*deficit intellettivi*): possono essere a ciclo diurno e/o continuativo (con preferenza per la prima soluzione in tutti i casi in cui sia possibile); sono destinati a persone in età post scolare (giovani, adulti) o in fase tardo adolescenziale in condizioni di disabilità con deficit psichici, da medio-lievi a medio-gravi, in assenza di disturbi comportamentali e che richiedono un medio grado di assistenza, con presenza di margini di recupero mediante interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo ed elevato livello di integrazione sociosanitaria.

Tali centri si caratterizzano per una attività fortemente orientata allo sviluppo e al completamento dei percorsi di vita indipendente, allo sviluppo di capacità lavorative non protette o con diversi livelli di protezione, con attività formativo professionali, con una organizzazione finalizzata allo sviluppo



delle capacità di gestione personale e della vita di relazione, con l'apertura massima possibile verso il sociale e il mondo del lavoro. L'attività si svolge prevalentemente in attività di tirocinio e di formazione in contesti protetti o in situazioni di lavoro ordinario, in collaborazione con strutture pubbliche, private e del privato sociale, anche mediante progetti di inserimento lavorativo secondo la normativa nazionale e regionale. Le attività, individuali o di gruppo (comunque nel rispetto del progetto-programma individuale) si svolgono in un arco temporale complessivo non inferiore alla 5 ore giornaliere e sono finalizzate a un progressivo reinserimento dell'utente nel contesto lavorativo e sociale e alla costruzione di percorsi di vita indipendente. L'assistenza erogata è a totale carico del SSN, in quanto è connotata fortemente in senso riabilitativo e non può assumere carattere di assistenza cronica né garantire le funzioni di reciproco distacco cui sono deputate le strutture di cui al successivo punto 2.2.5. Pertanto la durata di inserimento dovrà obbligatoriamente essere limitata nel tempo, per un periodo di norma non superiore a due anni, sulla base di un progetto costantemente verificato, rinnovabile solo sulla base di effettivi risultati e della concreta possibilità di raggiungimento degli obiettivi individuati, e il cui esito dovrà, di norma, essere l'uscita dal circuito assistenziale riabilitativo.

2.2.5 Centri diurni e centri residenziali sociosanitari per persone con disabilità grave: sono strutture dedicate allo svolgimento di attività di riabilitazione sociosanitaria, previste per la garanzia dei livelli di assistenza sociosanitaria di cui all'allegato 3 del DPCM 29 novembre 2001 e per le quali è prevista la compartecipazione al costo da parte degli utenti e/o dei Comuni, per la componente sociale degli interventi erogati, secondo quanto disposto dal DPCM medesimo.

a) Centri diurni a valenza socioriabilitativa: si tratta di strutture territoriali a ciclo diurno rivolte a persone in condizioni di disabilità con grave deficit psico-fisico e con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che hanno adempiuto all'obbligo scolastico e per i quali non è attuabile, in relazione alla gravità dei deficit o alla presenza di turbe comportamentali, un percorso di inserimento lavorativo o formativo.

Queste strutture offrono interventi di assistenza tutelare ed educativo-riabilitativi integrati (prestazioni e attività educative, riabilitative, occupazionali, ludiche, culturali e formative, individuali o di gruppo, tali da garantire un impegno attivo di almeno 5 ore giornaliere) e prestazioni sanitarie programmate di media intensità in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza.

Le attività mirano ad evitare l'istituzionalizzazione di soggetti fortemente non autosufficienti, garantendo forme di tutela e sostegno, mediante l'individuazione di percorsi possibili di autonomia e mediante l'aiuto alla famiglia nella gestione del carico assistenziale, garantendo un reale sostegno e i necessari momenti di reciproco distacco.

In questi centri il citato DPCM prevede una quota a carico del Servizio Sanitario nella misura del 70%, mentre il 30% è a carico dei Comuni e/o dell'utente.



b) Centri residenziali a valenza socio riabilitativa: si tratta di strutture residenziali destinate a persone di norma maggiorenni, in condizioni di disabilità con gravi deficit psico-fisici, che necessitano di assistenza continua e risultano prive del necessario supporto familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto personalizzato. In essa vengono attuati interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo con un elevato livello di integrazione sociosanitaria, volti all'acquisizione e al mantenimento dei livelli di autonomia individuale nelle attività quotidiane.

In questa tipologia di struttura, ai sensi del citato DPCM, gli oneri sono a carico del Servizio Sanitario per il 40% e per il 60% a carico dei Comuni e/o dell'utente.

In entrambe le fattispecie di cui ai punti a) e b), ai fini dell'applicazione della quota sociale a carico dell'utente, i Comuni assicurano la valutazione della condizione economica dell'assistito (secondo le modalità previste dall'ISEE), definiscono un sistema graduale di compartecipazione dell'utente e una soglia al di sotto della quale non è prevista alcuna compartecipazione.

In sede di definizione delle tariffe a regime la quota a carico del SSR e quella a carico dell'utente e/o del Comune sarà rideterminata sulla base delle risorse effettivamente assorbite per l'assistenza sanitaria e sociale.

Le sopraelencate strutture sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione si distinguono dalle **strutture socio-assistenziali**, in cui vengono garantite attività di tipo socio assistenziale, che, sulla base della normativa vigente, si distinguono in:

- a. Case protette;
- b. Comunità alloggio;
- c. Case famiglia;
- d. Centri di aggregazione.

Anche le colonie estive per persone con disabilità sono considerate all'interno delle attività socio assistenziali; può essere consentita a carico del Servizio sanitario (qualora la struttura garantisca i necessari requisiti) soltanto la prosecuzione del trattamento previsto dal programma riabilitativo in atto.

3 - Modalità di accesso e di dimissione, criteri di appropriatezza, progetti e programmi riabilitativi, modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, sistema dei controlli

3.1 Accesso alle prestazioni riabilitative

3.1.1 Assistenza riabilitativa di livello ospedaliero

L'accesso alle prestazioni di riabilitazione sanitaria erogate nella **rete ospedaliera**, pubblica e



privata, è regolato dalla normativa che disciplina la generalità delle prestazioni di ricovero.

3.1.2 Assistenza riabilitativa di livello territoriale

L'accesso ai **Centri di riabilitazione globale della rete territoriale** avviene a seguito di valutazione e accertamento della tipologia del bisogno a cura del Punto Unico di Accesso. Per la valutazione del bisogno il Punto Unico di Accesso si avvale dell'apposita Unità di Valutazione Territoriale (come da Deliberazione della Giunta regionale del 21 febbraio 2006 n. 7/5 istitutiva del Punto Unico di Accesso) costituita, di norma, a livello distrettuale (salvo diversa valutazione dell'azienda sulla base delle specifiche esigenze), composta da un nucleo base rappresentato da un medico di assistenza distrettuale, con conoscenza della rete dei servizi, responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure, e da un operatore sociale dell'azienda Usl o di uno dei Comuni del distretto di riferimento; tale nucleo si avvale, costantemente e regolarmente, del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente (la cui valutazione può essere acquisita anche attraverso apposita certificazione), di almeno un medico specialista (fisiatra o specialista della branca per cui viene richiesta la valutazione) e di un operatore sanitario (terapista della riabilitazione, etc.) con preparazione professionale ed esperienza nelle discipline connesse alla tipologia del paziente da valutare. Alle UVT partecipa, compatibilmente con le attuali disponibilità di specifiche professionalità nei singoli territori, uno psicologo al fine di garantire un'adeguata valutazione dei bisogni psichici ed emotivi della persona e del suo contesto e di favorire il processo di comunicazione fra il paziente e gli operatori.

La richiesta d'inserimento nei **Centri di riabilitazione globale della rete territoriale** deve essere proposta al Punto Unico di Accesso operante presso il distretto sanitario di residenza dell'utente da uno dei seguenti soggetti:

- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che ha in cura il paziente;
- l'unità operativa ospedaliera presso cui la persona si trova ricoverata.

Il Punto Unico di Accesso sottopone la richiesta all'apposita UVT che, di norma, si esprime sull'inserimento degli utenti residenti nel territorio di competenza; qualora l'utente sia ospitato in una struttura ospedaliera o territoriale ubicata in altra azienda Usl, la valutazione potrà essere delegata alla UVT nel cui ambito è ubicata la struttura, previo accordi tra le aziende Usl interessate.

Per quanto attiene agli oneri relativi alla quota sociale in caso di inserimento in strutture sociosanitarie, secondo quanto previsto dal protocollo d'intesa ANCI, Sezione Sardegna - Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 52/12 del 15.12.04, il Comune di residenza, nel più breve tempo possibile e comunque entro 15 giorni dalla comunicazione da parte del punto unico di accesso, dovrà provvedere, ove richiesto:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- ad accertare la condizione economica dell'utente,
- ad assumere gli eventuali impegni di spesa a carico del Comune per la durata dell'inserimento previsto.

Nei casi in cui l'utente sia ricoverato in una struttura ospedaliera, la richiesta di valutazione multidimensionale deve essere inviata dall'unità operativa di degenza (con consenso dell'utente o di chi ha titolo) al Punto Unico di Accesso del Distretto di residenza almeno quattro giorni prima della data presunta di dimissione, con obbligo da parte dell'UVT di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, onde permettere la dimissione ospedaliera nei tempi previsti. L'UVT si rapporta con il team ospedaliero per la definizione dei bisogni e del percorso.

Nel caso in cui l'utente provenga dal proprio domicilio la proposta è avanzata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta (con consenso dell'utente o di chi ha titolo); in questo caso l'UVT è tenuta a esprimersi entro il termine massimo di 15 giorni.

L'Unità di Valutazione Territoriale, tenuto conto della documentazione sanitaria, delle indicazioni specialistiche, delle schede di valutazione e delle linee guida disponibili e di quanto l'utente vorrà produrre utile alla definizione del bisogno, formula un progetto di percorso di rete definendo l'entità e la natura del bisogno per quella fase di assistenza riabilitativa, individuando la tipologia di struttura in cui l'utente può trovare risposta adeguata alle sue esigenze assistenziali, le caratteristiche essenziali delle modalità erogative e i tempi previsti per la realizzazione del progetto. L'UVT opera nel rispetto del diritto dell'utente ad una adeguata informazione.

A seguito della valutazione da parte dell'UVT l'utente accede per le necessarie prestazioni riabilitative, con procedura diretta, alla struttura pubblica o privata prescelta, con richiesta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o del medico specialista dell'UVT su ricettario SSN, da predisporre, di norma, contestualmente alla seduta dell'UVT ed in conformità della valutazione effettuata. In caso di mancata valutazione da parte dell'UVT entro i termini fissati dal presente provvedimento, ferme restando le responsabilità delle aziende UsI per la ritardata valutazione da parte della UVT, l'utente accede al Centro prescelto su richiesta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, previa valutazione dell'utente da parte di un'unità di valutazione interna (UVI); la notifica di ammissione deve essere trasmessa dal centro alla azienda UsI competente entro 24 ore, unitamente alla scheda di valutazione redatta dalla UVI. Nel caso in cui la valutazione della UVT sia difforme da quella dell'UVI relativamente alla esigenza di trattamenti riabilitativi, l'azienda UsI competente dovrà comunque farsi carico del pagamento della tariffa dalla data della notifica dell'ammissione al centro sino alla data di comunicazione della diversa valutazione espressa dall'UVT.

La procedura descritta diventa attiva con la costituzione delle Unità di Valutazione Territoriale. Per gli utenti già inseriti nelle strutture, la valutazione è comunque assicurata alla scadenza del periodo di trattamento previsto.



Nel caso di inserimento per prestazioni sociosanitarie, si applica quanto regolamentato dall'art. 3 del Protocollo di intesa tra l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'ANCI Sardegna di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n. 52/12 del 15.12.2004.

Entro il primo giorno lavorativo successivo all'inserimento del paziente le strutture private accreditate della rete territoriale ne danno comunicazione (anche mediante fax) alla azienda Usl di residenza dell'utente e a quella di ubicazione della struttura; entro 20 giorni lavorativi dall'ammissione le strutture private trasmettono alle Aziende copia del programma personalizzato, formulato tenendo conto delle indicazioni dell'UVT, corredato dal progetto-programma riabilitativo. In caso di mancata trasmissione del progetto-programma non è riconosciuto alcun diritto a compenso a favore della struttura erogante.

3.2 Progetto- programma riabilitativo personalizzato

L'accoglienza dell'utente, in tutte le tipologie di strutture, pubbliche e private, con esclusione di quelle di cui al punto 2.2.2, comporta l'immediato avvio della formulazione di un progetto-programma personalizzato, in cui devono essere indicati:

- le condizioni di salute con attenzione alle risorse e potenzialità della persona;
- una adeguata e articolata diagnosi funzionale;
- i risultati attesi e le modalità di valutazione degli stessi;
- le scale di valutazione utilizzate.

Tale documento si articola:

1) nel **progetto riabilitativo personalizzato**, inteso come documento complessivo di definizione dell'intervento, negli aspetti di multidisciplinarietà e di integrazione sociosanitaria, elaborato dall'équipe riabilitativa coordinata dal medico responsabile, che:

- a) tiene conto in maniera globale dei bisogni del paziente (e/o dei suoi familiari, quando necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei limiti imposti dalle situazioni ambientali e dalle risorse disponibili;
- b) prevede il coinvolgimento attivo del paziente e/o dei suoi familiari anche nella fase di progettazione, ai quali è comunque garantita adeguata informazione, in forma comprensibile e appropriata, circa l'evoluzione del percorso riabilitativo;
- c) definisce gli esiti attesi, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari e dell'équipe riabilitativa;
- d) definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti attesi;
- e) precisa i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti attesi, la frequenza dei trattamenti da effettuare, nonché i trattamenti pregressi eseguiti anche presso altre strutture per lo stesso problema;
- f) prevede e tiene conto delle azioni e degli interventi non strettamente sanitari e dei vincoli



che concorrono alla realizzazione del progetto nell'ottica della globalità della presa in carico;

- g) prevede il coinvolgimento e l'informazione a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso;
- h) costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa;
- i) deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente e agli operatori qualora: 1) si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato; 2) vengano raggiunti determinati risultati; 3) si verifichino modificazioni non previste rispetto ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definite;
- j) contiene i tempi e le modalità di dimissione della persona assistita.

2) Il **programma riabilitativo**, di valenza prevalentemente tecnico professionale, elaborato da tutti gli operatori dell'équipe riabilitativa coinvolti nel progetto riabilitativo:

- a) definisce le aree specifiche di intervento (internistica, neuropsicologica, motoria, funzionale etc.) durante il periodo di presa in carico;
- b) definisce le indicazioni al trattamento e gli interventi specifici, ovvero i programmi di intervento dei singoli operatori coinvolti, dettagliando obiettivi valutabili e quantificabili e procedure tecniche;
- c) individua gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o a breve termine (da raggiungere nello spazio di qualche settimana) e li aggiorna nel tempo;
- d) definisce i tempi prevedibili dell'effettuazione degli interventi, nonché le modalità ed i tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- e) definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure e il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- f) individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- g) è verificato e aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- h) costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Tale documento, obbligatorio per tutte le strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva, sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, costituisce l'elemento di valutazione principale e trova riscontro in tutta la documentazione clinico riabilitativa dettagliata nella cartella clinica.

Il progetto viene comunicato all'utente e/o ai familiari ai fini della condivisione dello stesso nell'ottica di un coinvolgimento attivo della famiglia al raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione proposti. Il progetto-programma sostituisce, per le strutture private accreditate, l'attuale piano di trattamento. In sede di formulazione del progetto-programma, il centro può proporre variazioni motivate e documentate alle indicazioni dell'UVT, che rivaluta e accetta o rigetta la proposta.



3.3 Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali

3.3.1 Assistenza medica generale e pediatrica di libera scelta

Per assistenza medica generale si intende l'assistenza sanitaria di base che deve essere garantita all'ospite in una struttura riabilitativa residenziale. Tale attività viene svolta dal medico di medicina generale di fiducia dell'ospite, che assicura la propria presenza presso il centro attraverso accessi programmati a seconda delle necessità del proprio assistito. Egli fa parte dell'Unità di Valutazione Territoriale nel cui ambito si pone come garante dell'ingresso del paziente nelle strutture residenziali territoriali solo nel caso di impossibilità ad assicurare cure adeguate al domicilio e come soggetto favorente la sua dimissione quando questi problemi vengono meno e si possono trovare risposte alternative.

Gli accessi del medico di medicina generale per la partecipazione alle valutazioni multidimensionali sono retribuiti dalle aziende Usl nella misura e con le modalità previste dagli accordi nazionali e regionali per la Medicina Generale.

Qualora la struttura residenziale sia ubicata fuori dal territorio dell'azienda Usl di residenza del paziente, ad una distanza che compromette lo svolgimento degli interventi assistenziali da parte del medico curante, il paziente (o il suo tutore) può effettuare la scelta di un nuovo medico operante nell'azienda Usl dove insiste la struttura.

Anche i medici di continuità assistenziale sono inseriti a pieno titolo nell'assistenza di base fornita nei centri; il medico di continuità assistenziale deve avere accesso alla cartella clinica ed alla documentazione dei pazienti e deve annotarvi le proprie osservazioni e le proposte terapeutiche in occasione di ciascun accesso; tali prestazioni sono erogate nell'ambito dell'attività istituzionale del medico di continuità assistenziale.

Al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta è consentita la prescrizione, su ricettario SSN, di accertamenti diagnostici, di laboratorio e specialistici (esclusi quelli necessari per la formulazione del progetto-programma, a carico del centro).

I costi dell'assistenza sanitaria di base, in quanto sostenuti direttamente dall'azienda Usl, non saranno ricompresi nella quota sanitaria della tariffa.

3.3.2 Assistenza farmaceutica

L'erogazione dell'assistenza farmaceutica deve essere effettuata nel rispetto della vigente normativa in materia di appropriatezza prescrittiva, piani terapeutici, note AIFA (ex CUF) e farmacovigilanza con particolare riferimento alla segnalazione di reazioni avverse.

L'assistenza farmaceutica è riferita:

- a) all'erogazione delle specialità medicinali relative alle patologie presentate dal soggetto ospite;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

b) all'erogazione dei dispositivi e materiale sanitario di consumo necessari alla somministrazione dei medicinali (deflussori, aghi a farfalla, cerotti, cotone, garze, etc.).

I prodotti di cui al precedente punto a) sono forniti direttamente dall'azienda Usl su cui insiste il centro. L'erogazione dovrà essere effettuata in coerenza con quanto previsto dal Prontuario Terapeutico Regionale di cui alla DGR n. 61/49 del 20.12.2005 (e successivi adempimenti attuativi) e dall'Accordo Regione Sardegna/Federfarma Sardegna sottoscritto il 6 febbraio 2006.

I medicinali ricompresi nel PHT (Prontuario della distribuzione diretta per la continuità assistenziale Ospedale-Territorio), di cui alla Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 (tra i quali sono ricompresi i farmaci per l'Alzheimer, gli antipsicotici, gli interferoni) dovranno essere prescritti, coerentemente con le procedure previste dal Decreto AIFA per quanto concerne la diagnosi e il Piano terapeutico rilasciato da parte dei centri specialistici autorizzati dalla Regione ed il costante monitoraggio del profilo benefici-rischi e per la sorveglianza epidemiologica dei farmaci.

Le aziende Usl interessate dovranno inserire i dati relativi alla erogazione diretta di tali farmaci presso i centri nei flussi riguardanti il "FILE F" anche ai fini della eventuale compensazione intraregionale e interregionale.

I prodotti di cui al punto b) dovranno essere erogati direttamente dal centro e si considerano remunerati dalla tariffa.

3.3.3 Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica compresa nella quota sanitaria della tariffa si riferisce alle consulenze specialistiche (in particolare fisiatriche, neurologiche, cardiologiche, neuropsichiatriche infantile, psicologiche, pedagogiche, sociali, etc.) necessarie alla formulazione e gestione del programma di trattamento riabilitativo dell'ospite. Per le altre prestazioni specialistiche si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

3.3.4 Assistenza protesica e integrativa

A regime, si considera remunerata all'interno della quota sanitaria della tariffa, l'erogazione ai ricoverati delle seguenti classi di ausili di cui al D.M. n. 332 del 27.08.1999:

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| ▪ ausili per stomie | codice 09.18; |
| ▪ cateteri vescicali ed esterni | codice 09.24; |
| ▪ raccoglitori per urina | codice 09.27; |
| ▪ ausili assorbenti l'urina | codice 09.30. |

In fase transitoria, nelle more della revisione del regime tariffario, gli ausili di cui sopra sopra garantiti secondo le procedure in vigore nelle aziende Usl.

La restante assistenza protesica e integrativa è a carico dell'azienda Usl di residenza dell'assistito e l'erogazione avviene secondo le procedure previste dalla normativa nazionale e regionale vigente.



3.4 Procedure di dimissione

L'obiettivo principale della riabilitazione è la corretta "restituzione" del paziente al suo contesto familiare e sociale, riducendo l'impatto che la disabilità ha sulla qualità di vita. Allorquando non si verifici il ritorno del paziente nel suo ambiente di vita, attraverso una appropriata dimissione, gli esiti del processo riabilitativo possono risultare insoddisfacenti e le premesse di recupero essere disattese.

Va evidenziato anche che l'utilizzo improprio delle strutture sanitarie o sociosanitarie non solo rappresenta un inutile e gravoso dispendio di risorse, ma può creare un danno, alimentando vane speranze di ulteriore recupero funzionale, ritardando il raggiungimento di una tappa del processo riabilitativo - l'accettazione della disabilità - e le conseguenti azioni, personali, familiari e sociali di adeguamento alla diversa condizione.

La dimissione del paziente dalle strutture sanitarie deve avvenire quando gli obiettivi previsti sono stati raggiunti e quando la situazione non è più suscettibile di modificabilità; diversa situazione può configurarsi per alcuni casi di palese e condivisa impossibilità di rientro al domicilio o di passaggio a strutture della rete socio assistenziale riferiti ai **Centri residenziali socioriabilitativi** per persone con disabilità in situazione di gravità. La dimissione deve essere portata a conoscenza del Punto Unico di Accesso, deve prevedere il percorso successivo dell'utente (a casa, altra struttura riabilitativa specifica, struttura protetta, etc.) e la copertura di eventuali bisogni erogabili da altre strutture anche non sanitarie (assistenza tutelare domestica, etc., per le quali i servizi sociali del comune di residenza devono essere informati con adeguato anticipo).

Deve essere applicato, per le fattispecie previste, quanto regolamentato dall'art. 4 del Protocollo di intesa tra l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'ANCI Sardegna di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n. 52/12 del 15.12.2004.

La dimissione può subire variazioni in anticipo rispetto a quanto programmato al momento dell'ingresso del paziente:

1. qualora il quadro si sia modificato e il paziente non necessiti più delle prestazioni della struttura tenuta al trattamento riabilitativo;
2. qualora il quadro clinico sia stabilizzato e non siano giustificabili ulteriori interventi riabilitativi.

L'eventuale proposta di prosecuzione del trattamento deve essere inviata all'UVT almeno venti giorni prima della scadenza e deve contenere l'aggiornamento della valutazione e la riformulazione del progetto-programma. Su tale richiesta si deve esprimere entro 15 giorni l'Unità di Valutazione Territoriale. Ferme restando le responsabilità delle aziende Usl per la ritardata valutazione da parte della UVT, la mancata pronuncia nei termini consente la prosecuzione del trattamento proposto sino alla data di comunicazione di diversa valutazione espressa dall'UVT.

In ogni caso, la dimissione avviene previo coinvolgimento del paziente e/o dei suoi familiari circa il



percorso successivo garantito alla persona con disabilità.

3.5 Sistema dei controlli e indicatori

Le aziende Usl assicurano il monitoraggio dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate attraverso un sistema di valutazione e verifica, nell'ottica di una riqualificazione dell'intero sistema erogativo delle prestazioni di riabilitazione. L'azione di monitoraggio prevede fra l'altro l'individuazione di un apposito set di indicatori.

Le priorità di verifica riguardano:

- a. la congruità e l'appropriatezza dei programmi riabilitativi personalizzati rispetto alle valutazioni multidimensionali effettuate dalle aziende Usl di provenienza dei pazienti (attraverso parametri e indicatori di appropriatezza riconosciuti);
- b. per tutti gli utenti e nei diversi regimi di erogazione, la qualità e la rispondenza delle prestazioni erogate rispetto al progetto-programma approvato.

3.6 Pagamenti

Le prestazioni di riabilitazione globale sono escluse dalla mobilità sanitaria e non sono soggette a compensazione; pertanto i centri accreditati fatturano direttamente le prestazioni alla azienda Usl di residenza dell'utente. I pagamenti verranno effettuati nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 16 della Legge Regionale 29.04.2003 n. 3 (Legge finanziaria 2003), che disciplina i contratti di fornitura di beni e di servizi in materia sanitaria.

4 – La riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione

Alla riorganizzazione della rete della riabilitazione si intende addivenire attraverso una serie di azioni concatenate, da realizzarsi entro dodici mesi dall'approvazione delle presenti linee di indirizzo, riguardanti:

1. la quantificazione del bisogno, con valutazioni di tipo epidemiologico e verifica delle situazioni attualmente esistenti;
2. la pianificazione della rete complessiva, identificando le tipologie di prestazioni e di strutture necessarie, anche tenendo conto dell'offerta del settore socio assistenziale, della distribuzione territoriale delle strutture e delle caratteristiche orografiche e della viabilità;
3. la riclassificazione dei centri esistenti sulla base dei nuovi criteri di autorizzazione e di accreditamento delle strutture di riabilitazione (requisiti tecnologici, strutturali, organizzativi come da Allegato 2) e delle tipologie di strutture individuate dal presente provvedimento;
4. la revisione dei criteri di remunerazione, prevedendo tariffe differenziate in relazione alla tipologia delle strutture e delle prestazioni;
5. l'individuazione e adozione di un set di indicatori utili alla valutazione;
6. la definizione di criteri e procedure per integrare le attività di riabilitazione ospedaliera e



- quelle territoriali;
7. l'adozione di sistemi di valutazione delle disabilità, basati su parametri che evidenzino le abilità funzionali psicofisiche, il livello di partecipazione sociale e le potenzialità di relazione interpersonale e sociale. Vanno promosse la valutazione orientata al supporto della diagnosi precoce (con adeguata verifica degli strumenti valutativi utilizzati per selezionare quelli di maggiore affidabilità), la valutazione finalizzata alla scelta tra diverse alternative (sulla base dei bisogni della persona e della famiglia), la valutazione di efficacia, di qualità dei percorsi assistenziali e delle risorse a tal fine utilizzate;
 8. l'individuazione e adozione di linee guida e di protocolli per il trattamento riabilitativo;
 9. la predisposizione dei piani preventivi di attività e attivazione delle procedure per la stipula a regime dei contratti da parte delle aziende Usl.

Al fine di rendere uniforme l'applicazione di quanto previsto nelle presenti linee di indirizzo, l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale istituisce, con apposito provvedimento, una commissione tecnica composta da rappresentanti dell'Assessorato, delle aziende Usl e dei rappresentanti degli utenti e/o dei loro familiari, con il compito di fornire supporto in materia di:

- a. monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- b. analisi dei costi e verifica della congruità del sistema tariffario;
- c. indirizzi per la formazione continua e permanente degli operatori del settore.

Al fine di favorire i processi di integrazione tra tutti i soggetti erogatori del SSR, la commissione si avvale anche del contributo degli erogatori privati accreditati.

4.1 Fase transitoria

Al fine di favorire una migliore conoscenza della domanda attualmente soddisfatta e dei bisogni presenti sul territorio regionale, entro 60 giorni dalla entrata in vigore del presente provvedimento, le aziende Usl provvedono, sulla base delle indicazioni dell'Assessorato Regionale dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza sociale, all'analisi dell'utenza attualmente inserita nelle strutture della rete territoriale e una prima analisi epidemiologica, con riferimento alle patologie prevalenti, funzionale alla definizione del bisogno.

Sulla base dell'analisi delle aziende Usl, l'Assessorato predispone un quadro riassuntivo del fabbisogno di assistenza riabilitativa sul territorio regionale.

Le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate e attualmente convenzionate o con contratto provvisorio, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, presentano domanda di riconversione sulla base delle tipologie di strutture sopra definite, dei



requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie (di cui al DPR 14.01.1997) e dei criteri di accreditamento di cui all'Allegato 2. L'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, sulla base del quadro regionale del fabbisogno di assistenza, della domande presentate dai centri e della loro distribuzione sul territorio, dei piani di attività delle aziende Usl, si pronuncia con riguardo alla richiesta di autorizzazione alla riconversione e di accreditamento entro 120 giorni dalla data di presentazione della domanda.

Sino alla riclassificazione delle strutture esistenti, restano in vigore le disposizioni regionali in materia di requisiti ulteriori per l'accreditamento (DAIS 19.57/3 del 29.06.1998). In tale periodo non possono essere rilasciate autorizzazioni alla realizzazione di nuove strutture di riabilitazione di livello territoriale.

Nella fase transitoria, i centri già convenzionati ex art. 26 della Legge 833/78 proseguono la loro attività secondo modalità e tariffe attualmente vigenti, garantendo la progressiva attuazione di quanto previsto dal presente documento.

Fino alla definizione del nuovo quadro tariffario per le diverse tipologie di strutture e trattamenti, sono confermate le tariffe delle prestazioni di riabilitazione sanitaria di carattere globale attualmente in vigore. La revisione del quadro tariffario comporterà l'attivazione del regime delle tariffe per le strutture e prestazioni socio sanitarie di cui al DPCM del 14.02.2001.

4.2 Piani di riorganizzazione delle aziende Usl

Nelle more dell'approvazione del Piano Regionale dei Servizi Sanitari e della definitiva riorganizzazione della rete regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, le aziende Usl formulano un piano straordinario di riorganizzazione dell'assistenza di riabilitazione.

Nel piano di riorganizzazione sono indicati volumi di attività e tetti di spesa specifici correlati ai bisogni di questa tipologia di assistenza distrettuale, con riguardo alla produzione delle strutture a gestione diretta e in relazione alle strutture accreditate.

Sulla base dei volumi precedentemente erogati, tenuto conto del piano di riorganizzazione e degli obiettivi di riconversione della rete dei servizi di riabilitazione, definiti i volumi per le diverse tipologie e i tetti complessivi di spesa, le aziende stipulano, nel rispetto delle normative vigenti in materia, nuovi contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati gestori dei centri di riabilitazione (ivi compresi quelli già convenzionati o in contratto provvisorio) dell'ambito territoriale di propria competenza.

I suddetti piani e contratti contengono, per le diverse tipologie di prestazioni (riabilitazione globale residenziale, diurna, ambulatoriale e domiciliare; riabilitazione di mantenimento), il fabbisogno di assistenza per la popolazione assistita, i volumi di attività previsti e i tetti di spesa, complessivi e per i diversi soggetti erogatori.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4.3 Norme finali

Le **prestazioni di riabilitazione di mantenimento**, di cui al punto 1.3 lettera d), possono essere erogate, come conclusione e/o completamento di un percorso di riabilitazione globale, in sedi e contesti diversi. Si tratta di prestazioni che possono essere erogate mediante trattamenti programmati da presidi, pubblici e privati accreditati, di norma nella misura di non più di 60 trattamenti complessivi nel corso di un anno.

Al fine di garantire la continuità di assistenza agli utenti già assistiti in regime di riabilitazione globale, i centri di riabilitazione già convenzionati ex art. 26 L. 833/78 possono erogare le prestazioni di mantenimento, con tariffe pari a quelle previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 recepito con deliberazione G.R. 19/16 del 28.04.1998.



Allegato 2 alla Deliberazione n. 8/16 del 28.2.2006

Disposizioni per l'accreditamento dei centri sanitari e sociosanitari di riabilitazione e la riconversione dei centri ex art 26 Legge 833/78

Indice

1. Centri ambulatoriali di riabilitazione globale
2. Centri di riabilitazione globale a ciclo continuativo
3. Centri di riabilitazione globale diurni e a ciclo continuativo per persone con disabilità psichica
4. Centri diurni e centri residenziali socio riabilitativi per persone con disabilità in situazioni di gravità
5. Norme integrative e finali

Ai fini dell'accreditamento o della riconversione, i centri predispongono il progetto riabilitativo di struttura, contenente la dichiarazione della mission, ovvero dell'impegno che, attraverso lo svolgimento delle attività, si vuole dedicare al raggiungimento dell'obiettivo di servizio alla persona con disabilità, mediante la dotazione, le disponibilità e l'organizzazione di spazi attrezzati, l'organizzazione del lavoro, il grado di preparazione, le modalità operative per garantire la migliore funzione di supporto.

L'Ente Gestore definisce il risultato generale da raggiungere, individua le tipologie di utenza e le modalità di coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia, indica le strategie di sviluppo del servizio che intende perseguire.

Nella Carta dei Servizi, parte integrante del progetto di struttura, sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi del centro, le modalità di funzionamento degli stessi e, attraverso l'utilizzo di metodi e strumenti adeguati, le condizioni per garantire le valutazioni del servizio da parte degli utenti.

Di seguito si riportano, con riferimento a ciascuna tipologia di centro, i requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e organizzativi previsti ai fini dell'accreditamento delle strutture.

1. Centri ambulatoriali di riabilitazione globale

(Sostituisce gli articoli 62/63, parte 2°, sezione III del DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998).

1.1 Requisiti strutturali

I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La dotazione minima di ambienti è di:

- area di attesa di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi con una superficie minima di 1,20 mq a paziente e comunque con una superficie non inferiore a 12 mq;
- locali adeguati per le attività amministrative, di accettazione e di archivio con una superficie minima di 12 mq per ogni locale;
- aree per attività dinamiche e di gruppo con superficie minima di 4 mq a paziente presente in trattamento, con altezza non inferiore a 300 cm e con, all'interno o adiacenti, locali spogliatoio distinti per sesso;
- aree attrezzate per attività individuali in luoghi condivisi (laboratori) con una superficie minima di 3 mq a paziente;
- ambienti distinti per le attività riabilitative individuali svolte nella struttura sul singolo paziente, rapportati in numero alle necessità degli operatori contemporaneamente presenti, della superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità);
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate con superficie minima di 14 mq;
- servizi igienici e spazi/locali spogliatoio per gli operatori;
- servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, e spazi/locali spogliatoio;
- locale/spazio per il deposito materiale pulito;
- locale/spazio per il deposito del materiale sporco.

La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi.

1.2 Requisiti tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. In particolare devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate;
- attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte dei medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione;
- attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di esercizio terapeutico e di riduzione funzionale;
- dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998.

1.3 Requisiti impiantistici

Gli impianti devono essere realizzati ai sensi della Legge 46/90 e del DPR 447/91.



1.4 Requisiti organizzativi

La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico delle strutture private deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate. Per le strutture pubbliche si applica la normativa nazionale e regionale vigente in materia di determinazione delle dotazioni organiche, ruoli, profili professionali e qualifiche funzionali.

In ogni caso devono essere garantiti:

- un direttore medico responsabile (1 ora die ogni 30 accessi - ambulatoriale e domiciliare -, ma non meno di 12 ore complessive settimanali, la funzione di direttore può essere svolta da uno degli specialisti medici, di preferenza lo specialista in medicina fisica e riabilitazione);
- tecnici della riabilitazione per l'orario di apertura del servizio (terapista della riabilitazione, logopedista, terapista della neuro psico motricità per l'età evolutiva): 1 tecnico ogni 8 pazienti ambulatoriali, 1 ogni 6 pazienti domiciliari in un mix congruo con la tipologia di trattamenti previsti e con la necessità di erogare 45 minuti di intervento diretto sull'assistito. I contratti diversi dalla dipendenza non dovranno superare il 25% del monte ore complessivo;
- presenza programmata di personale dell'area medica, psicologica, pedagogica e di assistenza sociale per consulenze specialistiche, in relazione al tipo di disabilità trattate in quantità tale da garantire l'erogazione di prestazioni specialistiche rapportabili a 10 minuti die per accesso. Deve essere garantita la presenza di un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione. Deve essere garantita la presenza di uno specialista in neuropsichiatria infantile e di uno psicologo con formazione per l'età evolutiva se al centro accedono pazienti in età evolutiva;
- 1 oss/ota ogni 30 accessi in ambulatoriale e comunque un oss/ota per l'orario di apertura.

Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare. L'equipe garantisce i necessari approfondimenti di diagnosi funzionale e la personalizzazione dell'intervento riabilitativo. A tal fine, per ogni paziente l'equipe redige e aggiorna il progetto-programma riabilitativo e ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di valutazione. Se le prestazioni sono rivolte a soggetti in età evolutiva o giovane-adulta, esse devono essere integrate da adeguati interventi pedagogici, didattici, di formazione e/o di riqualificazione professionale.

Le prestazioni possono essere erogate a favore del singolo o di piccoli gruppi di pazienti (il lavoro in piccoli gruppi deve comunque essere organizzato in modo da consentire che il singolo utente usufruisca di almeno l'80% del tempo previsto sulla base del progetto individuale e degli accessi previsti), in sede, a domicilio o in sede extramurale.



L'orario di apertura del servizio è, di norma, di almeno 8 ore giornaliere, per 5 giorni la settimana (40 ore settimanali).

La struttura è tenuta a compilare e conservare, per ciascun assistito, la cartella clinica, dalla quale devono risultare: a) le generalità dell'assistito; b) la diagnosi; c) l'anamnesi personale e familiare; d) l'esame obiettivo; e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio; f) gli esiti ed i postumi, g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti.

2. Centri di riabilitazione globale a ciclo continuativo

(Sostituisce gli articoli 127/130, parte 2°, sezione III del DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998).

2.1 Requisiti strutturali

Il centro deve essere preferibilmente localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, ovvero in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.

La capacità ricettiva del centro deve essere compresa tra i 40 ed i 80 posti letto. Il centro è articolato in nuclei, ciascuno composto da un minimo di 15 ad un massimo di 20 posti letto.

I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati. Gli spazi e gli arredi devono contribuire a rendere i luoghi della riabilitazione gradevoli, progettati e ricchi di opportunità di relazione per le persone con disabilità. La dotazione minima di ambienti è di:

- a. area di attesa di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza con una superficie minima di 1,20 mq a paziente e comunque con una superficie non inferiore a 12 mq;
- b. locali adeguati per le attività amministrative, di accettazione e di archivio con superficie minima di 12 mq per ogni locale;
- c. aree per attività dinamiche e di gruppo con superficie minima di 4 mq per paziente in relazione ai picchi di frequenza all'interno del locale, con altezza non inferiore a 300 cm e, se utilizzate anche da utenza esterna con, all'interno o adiacenti, locali spogliatoio distinti per sesso;
- d. aree attrezzate per attività individuali in luoghi condivisi (laboratori) con una superficie minima di 3 mq per utente presente;
- e. ambienti per le attività riabilitative individuali svolte nella struttura sul singolo paziente, in numero adeguato alle necessità degli operatori contemporaneamente presenti, della superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità);
- f. ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate con superficie minima di 14 mq in numero adeguato a consentire le attività mediche previste;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- g. servizi igienici e locali spogliatoio per gli operatori;
- h. servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, e spazi/locali spogliatoio;
- i. locale per il deposito delle attrezzature;
- j. locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono;
- k. locale infermeria con superficie minima di 14 mq;
- l. locale/spazio per materiale sanitario;
- m. locali per cucina, dispensa, lavanderia o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione, realizzati in conformità alle normative urbanistiche ed igienico sanitarie vigenti al momento della realizzazione della struttura;
- n. magazzini e locali per il deposito del materiale sporco e del materiale pulito;
- o. locale di soggiorno/pranzo;
- p. locale spazio per le attività di tempo libero.

La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate.

La superficie minima complessiva delle zone ad uso collettivo di cui alle precedenti lettere o) e p) non deve essere inferiore a mq 10 per singolo ospite.

I centri, oltre che degli spazi e dei locali di cui ai commi precedenti, per ogni nucleo di posti letto devono essere dotati di:

- camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abolizione delle barriere architettoniche;
- un locale di lavoro, destinato al personale di assistenza diretta;
- un locale per il deposito del materiale sporco;
- un locale per il deposito del materiale pulito;
- un locale per il deposito delle attrezzature;
- una cucinetta dimensionata in base al numero dei pazienti per nucleo;
- un locale per il bagno assistito ogni 20 assistibili;
- locale/spazio per materiale sanitario.

Le camere di degenza possono ospitare sino ad un massimo di 2 posti letto (3 e 4 solo per strutture preesistenti) e devono garantire l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine. La superficie di ciascuna camera, al netto di quella del servizio igienico, deve essere di: 12 mq. per camera singola; 18 mq per camera a due letti; (26 mq per camera a tre letti; 32 mq per camera a quattro letti, solo per strutture preesistenti).

Se nel centro si prevede la permanenza di ospiti con accompagnatore - e comunque nel caso di soggetti in età evolutiva - le camere devono essere adeguatamente predisposte (letto per accompagnatore). All'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun ospite.



Deve esservi almeno un servizio igienico ogni 2 camere, destinato ad un massimo di 4 ospiti. I servizi igienici, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, devono essere così strutturati:

- ciascun servizio igienico deve comprendere 1 locale con water, bidet e doccia con scarico a pavimento, 1 antilocale con lavabo;
- almeno un servizio igienico ogni 10 posti letto deve essere dotato di una vasca da bagno, con esclusione dei servizi riservati alle camere singole;
- se accessibile direttamente dal corridoio, il servizio igienico deve essere dotato di un antibagno.

Tutti i servizi igienici ed ogni posto letto devono essere dotati di impianto di chiamata.

Nelle camere di degenza deve essere assicurato un sbalzo termico fra interno esterno non superiore ai 5°C e comunque una temperatura invernale non inferiore ai 20°C ed una temperatura estiva compatibile con le necessità e con il benessere del paziente.

2.2 Requisiti impiantistici

Gli impianti devono essere realizzati ai sensi della Legge 46/90 e del DPR 447/91.

2.3 Requisiti tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. In particolare devono essere presenti:

a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate;

- attrezzature per la valutazione;
- elettrogoniometri;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- 1 oftalmoscopio;
- 1 oto-rino-laringoscopio;
- telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per acquisizione di immagini);

b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte dei medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione tra cui:

- lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h);
- letto di grandi dimensioni (Bobath) per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h);
- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- lettini per masso-fisioterapia strumentale in legno con testata ad inclinazione regolabile (cm 180x70x75/80h);
- lettino ad altezza regolabile e a più segmenti per manipolazione;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
 - standing ad altezza variabile;
 - materassini per Kinesiterapia a pavimento (o piano materasso grande);
 - parallele ad altezza variabile;
 - specchi a muro per Kinesiterapia (non quadrettati);
 - specchi per Kinesiterapia su ruote;
 - bilance con quadrante basso;
 - scala modulare per rieducazione motoria;
 - apparecchi vari per terapia fisica strumentale;
 - deambulatori ad altezza regolabile tipo “walker”;
 - deambulatori ad altezza regolabile tipo “rollator”;
 - ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripod, etc.);
 - cicloergometro o tapis roulant;
 - piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
 - serie di sussidi per l’esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
 - serie di ausili per il rinforzo muscolare;
 - spalliera svedese;
 - serie di bastoni per Kinesiterapia;
 - cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
 - 1 maxicilindro (cm 100x85 dim);
 - cronometri;
 - tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti;
 - sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
 - sgabelli ad altezza regolabile;
 - carrello portausili per Kinesiterapia a più ripiani;
 - sedie e sgabelli vari;
 - sussidi vari per l’addestramento alle ADL primarie in terapia occupazionale;
 - attrezzatura per la realizzazione e l’adattamento di ausili ed ortesi realizzati in materiale termomodellabile.
- c) attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale;
- d) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale;
- e) dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998.
- I centri negli ambienti di degenza devono assicurare:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- almeno il 30% di letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, dotati di sponde a scomparsa, dei quali almeno il 10% che consenta la verticalizzazione del paziente;
- materassi e cuscini antidecubito di diverse tipologie;
- dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998;
- apparecchio per aerosolterapia ad ultrasuoni;
- broncoaspiratore;
- sollevatore, con possibilità di raccolta e di deposizione del paziente a livello del pavimento;
- 1 carrozzina ogni 5 posti letto, parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e parte a schienale alto reclinabile con appoggiatesta (dimensioni varie);
- 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- tavole avvolgenti per carrozzina;
- reggibraccio-postura per carrozzina;
- poltroncine doccia;
- barelle per trasporto pazienti;
- barelle-doccia;
- sistema pesapersona per disabili;
- sistemi di postura per arti superiori per pazienti affetti da tetraplegia;
- corrimano a parete nei percorsi principali;
- comodino per posto letto (comodini bidirezionali per disabili);
- vano armadio per posto letto;
- tavolo soggiorno pranzo;
- una sedia per posto letto.

2.4 Requisiti organizzativi.

La dotazione quali-quantitativa di personale laureato c/o tecnico e infermieristico delle strutture private deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Per le strutture pubbliche si applica la normativa nazionale e regionale vigente in materia di determinazione delle dotazioni organiche, profili professionali e qualifiche funzionali.

In ogni caso la dotazione minima di personale non medico è di:

- 1 oss/ota, o altro addetto all'assistenza di base ogni 5 ospiti, con esclusione del personale addetto ai lavori di pulizia degli spazi comuni;
- infermieri professionali: 1 ogni 10 ospiti;
- tecnici della riabilitazione: 3 ogni 10 ospiti.

La dotazione minima di personale medico, psicologi e pedagogisti è di:

- presenza programmata per 4 ore giornaliere di un medico responsabile delle funzioni sanitarie ed igienico-organizzative;



- presenza programmata per consulenze delle branche mediche specialistiche e di personale laureato non medico necessaria per le tipologie di ospiti inseriti in ragione di 10 minuti/die per ospite complessiva.

Le strutture a ciclo continuativo operano 24 ore su 24 per 7 giorni la settimana.

Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare. L'equipe garantisce i necessari approfondimenti diagnostici e la personalizzazione dell'intervento riabilitativo. A tal fine l'equipe redige e aggiorna il progetto-programma riabilitativo e ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di valutazione. Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:

- valutazione,
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo,
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi,
- erogazione del trattamento riabilitativo,
- educazione e training,
- mantenimento di rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente,
- coinvolgimento dell'utente o dei suoi familiari
- partecipazione attiva alle riunioni del team,
- pianificazione della dimissione.

Il centro deve prevedere

1. momenti di formazione ed educazione nei confronti di utenti e loro familiari e, quando necessario, degli operatori dei servizi sociali, della scuola e della formazione professionale;
2. procedure relative alla tutela dei diritti dei pazienti e all'utilizzo dei diversi benefici previsti dalla normativa;
3. procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari;
4. procedure di attivazione dei servizi sociali.

La struttura è tenuta a compilare e conservare, per ciascun assistito, la cartella clinica, dalla quale devono risultare: le generalità dell'assistito; la diagnosi; l'anamnesi personale e familiare; l'esame obiettivo; gli eventuali esami strumentali e di laboratorio; gli esiti ed i postumi; il progetto-programma con i periodici aggiornamenti.

Ai fini di una confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di almeno una delle scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale (FIM, Barthel Index).

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente ed una relazione per il paziente e/o i suoi familiari; specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:



- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione dal ciclo (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta o il domicilio (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia);
- incremento del FIM o Barthel Index tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati.

3. Centri di riabilitazione globale diurni e a ciclo continuativo per persone con disabilità psichica

È un servizio territoriale a carattere diurno o a ciclo continuativo rivolto a persone con disabilità psichica in età post-scolare, che fornisce interventi a carattere educativo-riabilitativo e di avvio all'inserimento lavorativo, con l'obiettivo dell'uscita dal circuito riabilitativo.

3.1 Centri diurni per persone con disabilità psichica

3.1.1 Requisiti strutturali

Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, ovvero in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.

La capacità ricettiva del centro deve essere compresa tra i 20 ed i 60 accessi in ciclo diurno.

I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere di buona qualità estetico-funzionale e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati. Gli spazi e gli arredi devono contribuire a rendere i centri gradevoli, ricchi di opportunità di relazione per le persone con disabilità. La cura e la qualificazione degli spazi contribuiscono a togliere il marchio dell'emarginazione a tutto ciò che attiene alle persone con disabilità psichica.

La dotazione minima di ambienti è di:

1. area di attesa di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi con una superficie minima di 1,20 mq a paziente e comunque con una superficie non inferiore a 12 mq;
2. locali adeguati per le attività amministrative, di accettazione e di archivio con una superficie minima di 12 mq per ogni locale;
3. aree per attività dinamiche e di gruppo con superficie minima di 4 mq a paziente presente, con altezza non inferiore a 300 cm e con, all'interno o adiacenti, locali spogliatoio distinti per sesso;
4. aree attrezzate per attività individuali in luoghi condivisi (laboratori) con una superficie minima di 3 mq a paziente trattato;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5. ambienti distinti per le attività riabilitative individuali svolte nella struttura sul singolo paziente, rapportati in numero alle necessità degli operatori contemporaneamente presenti, della superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro);
6. ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate con superficie minima di 14 mq;
7. servizi igienici e spazi/locali spogliatoio per gli operatori;
8. servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, e spazi/locali spogliatoio;
9. locale/spazio per il deposito materiale pulito;
10. locale/spazio per il deposito del materiale sporco;
11. locali per cucina, dispensa, lavanderia o, in alternativa, spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione, realizzati in conformità alle normative urbanistiche ed igienico sanitarie vigenti al momento della realizzazione della struttura;
12. locale di soggiorno/pranzo di 1,5 mq a utente.

La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi.

3.1.2 Requisiti tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. In particolare devono essere presenti:

- a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate;
 - attrezzature per la valutazione delle abilità cognitive;
 - sistemi di valutazione delle caratteristiche comportamentali;
 - sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
 - telecamera, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per acquisizione di immagini);
 - attrezzature per l'allestimento dei laboratori;
- b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte dei medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione;
- c) attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di attività terapeutica e di rieducazione;
- d) dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998.

3.1.3 Requisiti impiantistici

Gli impianti devono essere realizzati ai sensi della Legge 46/90 e del DPR 447/91.

3.1.4 Requisiti organizzativi



La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico delle strutture deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

In ogni caso devono essere garantiti:

- 1 oss/ota ogni 10 ospiti (1 ogni 6 se la struttura prevede il ciclo continuativo);
- tecnici della riabilitazione: 1 operatore ogni 20 ospiti;
- educatore: 1 operatore ogni 4 ospiti;
- infermieri professionali: accessi programmati per le necessità di somministrazione terapia e altre funzioni infermieristiche;
- psicologo: presenza programmata per 4 ore giornaliere ogni 20 ospiti;
- pedagogista e/o assistente sociale: presenza programmata per 4 ore giornaliere ogni 20 ospiti.

La dotazione minima di personale medico è di:

- presenza programmata per 5 ore settimana di un medico responsabile delle funzioni sanitarie ed igienico-organizzative;
- presenza programmata per consulenze delle branche specialistiche necessarie per le tipologie di ospiti inseriti in ragione di 6 ore settimana ogni 20 ospiti.

Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare. L'equipe garantisce i necessari approfondimenti valutativi e la personalizzazione dell'intervento riabilitativo. A tal fine, per ogni paziente l'equipe redige e aggiorna il progetto-programma riabilitativo anche con il coinvolgimento della persona e/o dei familiari e ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di valutazione.

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni:

- valutazione,
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo,
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi,
- erogazione del trattamento riabilitativo,
- educazione e training,
- mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente,
- partecipazione attiva alle riunioni del team,
- pianificazione della dimissione.

Il centro deve prevedere:

- momenti di formazione ed educazione nei confronti di utenti e loro familiari e, quando necessario, degli operatori dei servizi sociali e della formazione professionale;
- procedure relative alla tutela dei diritti dei pazienti e all'utilizzo dei diversi benefici previsti dalla normativa;
- procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari;



- procedure di attivazione dei servizi sociali.

Le prestazioni possono essere erogate a favore del singolo o di piccoli gruppi di pazienti, in sede, o in sede extramurale. In particolare, l'attività extramurale assume particolare rilevanza per l'inserimento in tirocini addestrativi in realtà esterne.

L'orario di apertura del servizio è, di norma, almeno di 8 ore giornaliere, per 5 giorni la settimana (40 ore settimanali).

La struttura è tenuta a compilare e conservare, per ciascun assistito, la cartella clinica, dalla quale devono risultare: a) le generalità dell'assistito; b) la diagnosi; c) l'anamnesi personale e familiare; d) l'esame obiettivo; e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio; f) gli esiti ed i postumi, g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti.

Ai fini di una confrontabilità dei risultati si chiede l'uso sistematico di scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti verso altre strutture di riabilitazione o socio assistenziali (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso l'attività lavorativa (efficacia);
- incremento sulle scale di valutazione tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati.

3.2 Caratteristiche previste per i centri di riabilitazione globale a ciclo continuativo per persone con disabilità psichica

Devono possedere i requisiti previsti per Centri di riabilitazione diurni per persone con disabilità psichica di cui al precedente punto 3.1.

3.2.1 Requisiti strutturali

La capacità ricettiva del Centro deve essere compresa tra i 40 ed i 60 posti letto.

Il centro è articolato in nuclei, ciascuno composto da un minimo di 15 ad un massimo di 20 posti letto.

I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati. La dotazione minima di ambienti è di:

- locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono;
- locale infermeria con superficie minima di 14 mq;
- locale/spazio per materiale sanitario;
- magazzini e locali per il deposito del materiale sporco e del materiale pulito.



La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi.

I centri che operano a ciclo continuativo devono essere dotati di locali organizzati per le attività di tempo libero.

La superficie minima complessiva delle zone ad uso collettivo (locali mensa e tempo libero) non deve essere inferiore a mq 10 per singolo ospite.

I centri per ogni nucleo di posti letto devono essere dotati di:

- camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abolizione delle barriere architettoniche;
- un locale di lavoro, destinato al personale di assistenza diretta;
- un locale per il deposito del materiale sporco;
- un locale per il deposito del materiale pulito;
- un locale per il deposito delle attrezzature;
- una cucinetta dimensionata in base al numero dei pazienti per nucleo;
- locale/spazio per materiale sanitario;
- dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998.

Le camere di degenza possono ospitare sino ad un massimo di 2 posti letto (3 o 4 solo per strutture preesistenti) e devono garantire l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine. La superficie di ciascuna camera, al netto di quella del servizio igienico, deve essere di: 12 mq per camera singola; 18 mq per camera a due letti; (26 mq per camera a tre letti; 32 mq per camera a quattro letti, solo per strutture preesistenti).

All'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun ospite.

Deve esservi almeno un servizio igienico ogni 2 camere, destinato ad un massimo di 4 ospiti. I servizi igienici, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, devono essere così strutturati:

- ciascun servizio igienico deve comprendere 1 locale con water, bidet e doccia con scarico a pavimento, 1 antilocale con lavabo;
- almeno un servizio igienico ogni 10 posti letto deve essere dotato di una vasca da bagno, con esclusione dei servizi riservati alle camere singole;
- se accessibile direttamente dal corridoio, il servizio igienico deve essere dotato di un antibagno;
- tutti i servizi igienici ed ogni posto-letto devono essere dotati di impianto di chiamata.

Nelle camere di degenza deve essere assicurato un sbalzo termico fra interno esterno non superiore ai 5°C e comunque una temperatura invernale non inferiore ai 20°C ed una temperatura estiva compatibile con le necessità e con il benessere del paziente.

I centri negli ambienti di degenza devono assicurare:

- dotazione di emergenza di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998;
- comodino per posto letto;



- vano armadio per posto letto;
- tavolo soggiorno pranzo;
- una sedia per posto letto.

Le strutture a ciclo continuativo operano 24 ore su 24 per 7 giorni la settimana.

4. Centri diurni e centri residenziali socioriabilitativi per persone con disabilità in situazione di gravità

4.1 Centri diurni a valenza socioriabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità

È un servizio territoriale a carattere diurno rivolto a persone con disabilità in età post-scolare con disabilità caratterizzata da diversi profili di autosufficienza, che fornisce interventi a carattere educativo-riabilitativo-assistenziale e di socializzazione, con l'obiettivo di aumento e/o mantenimento delle abilità residue. L'accettazione degli ospiti è comunque connessa alla possibilità di effettuare gli interventi necessari in relazione alla struttura e ai bisogni degli ospiti già presenti.

4.1.1 Requisiti strutturali

La capacità ricettiva del centro deve essere compresa tra i 20 ed i 60 accessi in ciclo diurno.

I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Gli spazi e gli arredi devono contribuire a rendere i luoghi della riabilitazione gradevoli, progettati e ricchi di contenuti simbolici e di opportunità di relazione. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati. La dotazione minima di ambienti è di:

- area di attesa di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi con una superficie minima di 1,20 mq a paziente e comunque con una superficie non inferiore a 12 mq;
- locali adeguati per le attività amministrative, di accettazione e di archivio con una superficie minima di 12 mq per ogni locale;
- aree per attività dinamiche e di gruppo con superficie minima di 4 mq a paziente presente, con altezza non inferiore a 300 cm e con, all'interno o adiacenti, locali spogliatoio distinti per sesso;
- aree attrezzate per attività individuali in luoghi condivisi (laboratori) con una superficie minima di 3 mq a paziente inserito;
- ambienti distinti per le attività riabilitative individuali svolte nella struttura sul singolo paziente, rapportati in numero alle necessità degli operatori contemporaneamente presenti, della superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 se si svolgono attività di psicomotricità);



- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate con superficie minima di 14,00 mq;
- servizi igienici e spazi/locali spogliatoio per gli operatori;
- servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, e spazi/locali spogliatoio;
- locale/spazio per il deposito materiale pulito;
- locale/spazio per il deposito del materiale sporco.

La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi.

4.1.2. Requisiti tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. In particolare devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate;
- attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte dei medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione;
- attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di attività terapeutica e di rieducazione;
- dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998.

4.1.3. Requisiti impiantistici

Gli impianti devono essere realizzati ai sensi della Legge 46/90 e del DPR 447/91.

4.1.4. Requisiti organizzativi

La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico delle strutture deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

In ogni caso devono essere garantiti:

- 1 oss/ota ogni 6 ospiti, con esclusione del personale addetto ai lavori di pulizia degli spazi comuni;
- terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione, educatori e animatori: 5 ogni 20 ospiti;
- infermieri professionali: accessi programmati per le necessità di somministrazione terapia e altre funzioni infermieristiche;
- psicologo: presenza programmata per 3 ore giornaliere ogni 20 ospiti;
- pedagogista e/o assistente sociale: presenza programmata per 3 ore giornaliere ogni 20 ospiti.

La dotazione minima di personale medico è di:

- presenza programmata per 5 ore settimana di un medico responsabile delle funzioni sanitarie ed igienico-organizzative;
- presenza programmata per consulenze delle branche specialistiche necessarie per le tipologie di ospiti inseriti in ragione di 5 ore settimana ogni 20 ospiti.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare. L'equipe garantisce i necessari approfondimenti di diagnosi funzionale e la personalizzazione dell'intervento riabilitativo. A tal fine, per ogni paziente l'equipe redige e aggiorna il progetto-programma riabilitativo anche prevedendo il coinvolgimento della persona e/o dei familiari e ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di valutazione.

Le prestazioni possono essere erogate a favore del singolo o di piccoli gruppi di pazienti, in sede, o in sede extramurale.

L'orario di apertura del servizio è, di norma, di almeno 7 ore giornaliere, per 5 giorni la settimana. (35 ore settimanali).

La struttura è tenuta a compilare e conservare, per ciascun assistito, la cartella clinica, dalla quale devono risultare: a) le generalità dell'assistito; b) la diagnosi; c) l'anamnesi personale e familiare; d) l'esame obiettivo; e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio; f) gli esiti ed i postumi.

4.2 Centri residenziali a valenza socio riabilitativa

E' un servizio per persone con disabilità gravi e gravissime con limitazioni sia fisiche che mentali, nella cui valutazione multidimensionale risulti inequivocabile l'impossibilità dell'assistenza domiciliare o dell'inserimento in una struttura per persone con disabilità della rete socio assistenziale. Accoglie soggetti non autosufficienti e con un bisogno assistenziale di rilievo sanitario, organizzati in gruppi distinti per età evolutiva ed età adulta e per patologie compatibili

4.2.1 Requisiti strutturali

Il centro deve essere preferibilmente localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, ovvero in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.

La capacità ricettiva del centro deve essere compresa tra i 40 ed i 60 posti letto.

Il centro deve avere una superficie complessiva non inferiore a 40 mq per posto letto.

Il centro è articolato in nuclei, ciascuno composto da un minimo di 15 ad un massimo di 20 posti letto.

I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati. Gli spazi e gli arredi devono contribuire a rendere i luoghi della riabilitazione gradevoli, progettati e ricchi di contenuti simbolici e di opportunità di relazione.

La dotazione minima di ambienti è di:

- area di attesa di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi con superficie minima di 12 mq;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- locali adeguati per le attività amministrative, di accettazione e di archivio con superficie minima di 12 mq per ogni locale;
- aree per attività dinamiche e di gruppo con superficie minima di 4 mq a paziente presente e con altezza non inferiore a 300 cm;
- aree attrezzate per attività individuali in luoghi condivisi (laboratori) con una superficie minima di 3 mq a paziente;
- ambienti per le attività riabilitative individuali svolte nella struttura sul singolo paziente, in numero adeguato alle necessità degli operatori contemporaneamente presenti, della superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo);
- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate con superficie minima di 14 mq in numero adeguato a consentire le attività mediche previste;
- servizi igienici e locali spogliatoio per gli operatori;
- servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, e spazi/locali spogliatoio;
- locale per il deposito materiale pulito;
- locale per il deposito del materiale sporco;
- locale per il deposito delle attrezzature;
- locale di soggiorno/pranzo;
- locale spazio per le attività pedagogiche e di tempo libero;
- locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono;
- locale infermeria con superficie minima di 14 mq;
- locale/spazio per materiale sanitario;
- locali per cucina, dispensa, lavanderia (se esistenti) realizzati in conformità alle normative urbanistiche ed igienico sanitarie vigenti al momento della realizzazione della struttura.

La superficie minima complessiva delle zone ad uso collettivo non deve essere inferiore a mq. 10 per singolo ospite.

La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate.

I centri, oltre che degli spazi e dei locali di cui ai commi precedenti, per ogni nucleo di posti letto devono essere dotati di:

- camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abolizione delle barriere architettoniche;
- un locale di lavoro, destinato al personale di assistenza diretta;
- un locale per il deposito del materiale sporco;
- un locale per il deposito del materiale pulito;
- un locale per il deposito delle attrezzature;



- una cucinetta dimensionata in base al numero dei pazienti per nucleo;
- un locale per il bagno assistito ogni 20 assistibili.

Le camere di degenza possono ospitare sino ad un massimo di 2 posti letto (3 e 4 solo per quelli preesistenti) e devono garantire l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine. La superficie di ciascuna camera, al netto di quella del servizio igienico, deve essere di: 12 mq per camera singola; 18 mq per camera a due letti; (26 mq per camera a tre letti; 32 mq per camera a quattro letti solo per quelli preesistenti).

Se nel centro si prevede la permanenza di ospiti con accompagnatore - e comunque nel caso di soggetti in età evolutiva - le camere devono essere adeguatamente predisposte.

All'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun ospite.

Deve esservi almeno un servizio igienico ogni 2 camere, destinato ad un massimo di 4 ospiti. I servizi igienici, attrezzati in relazione alle disabilità trattate, devono essere così strutturati:

- a) ciascun servizio igienico deve comprendere 1 locale con water, bidet e doccia con scarico a pavimento, 1 antilocale con lavabo;
- b) almeno un servizio igienico ogni 10 posti letto deve essere dotato di una vasca da bagno, con esclusione dei servizi riservati alle camere singole;
- c) se accessibile direttamente dal corridoio, il servizio igienico deve essere dotato di un antibagno.

Nelle camere di degenza deve essere assicurato una sbalzo termico fra interno esterno non superiore ai 5°C. e comunque una temperatura invernale non inferiore ai 20°C. ed una temperatura estiva compatibile con le necessità e con il benessere del paziente.

Tutti i servizi igienici ed ogni posto-letto devono essere dotati di impianto di chiamata.

Le strutture a ciclo continuativo operano 24 ore su 24 per 7 giorni la settimana.

4.2.2 Requisiti tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. In particolare devono essere presenti:

- a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate;
 - sussidi per la valutazione delle abilità motorie;
 - sussidi per la valutazione del linguaggio e delle cognitive;
 - sussidi per la valutazione delle autonomie e del comportamento.
- b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte dei medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione;
- c) attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale;
- d) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale;

dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998.



I centri negli ambienti di degenza devono assicurare:

- almeno il 30% di letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, dotati di sponde a scomparsa;
- materassi e cuscini antidecubito di diverse tipologie;
- dotazione di emergenza, di cui all'articolo 20, comma 3, DAIS n° 1957/3 del 29.6.1998;
- apparecchio per aerosolterapia;
- broncoaspiratore;
- sollevatore, con possibilità di raccolta e di deposizione del paziente a livello del pavimento;
- 1 carrozzina ogni 10 posti letto, parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e parte a schienale alto reclinabile con appoggiatesta (dimensioni varie);
- 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- tavole avvolgenti per carrozzina;
- poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili;
- barelle per trasporto pazienti;
- corrimano a parete nei percorsi principali;
- comodino per posto letto;
- vano armadio per posto letto;
- tavolo soggiorno pranzo;
- una sedia per posto letto.

4.2.3 Requisiti impiantistici

Gli impianti devono essere realizzati ai sensi della Legge 46/90 e del DPR 447/91.

4.2.4 Requisiti organizzativi.

La dotazione quali-quantitativa di personale laureato c/o tecnico e infermieristico delle strutture private deve essere adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Per le strutture pubbliche si applica la normativa nazionale e regionale vigente in materia di determinazione delle dotazioni organiche, profili professionali e qualifiche funzionali.

In ogni caso la dotazione minima di personale non medico è di:

- 1 oss/ota ogni 4 ospiti, con esclusione del personale addetto ai lavori di pulizia degli spazi comuni;
- terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione, educatori e animatori: 5 ogni 20 ospiti;
- infermieri professionali: accessi programmati per le necessità di somministrazione terapia e altre funzioni infermieristiche, comunque non meno di 4 ore die ogni 20 ospiti;
- tecnici della riabilitazione: 1 operatore ogni 20 ospiti;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- psicologo: presenza programmata per 3 ore giornaliere ogni 20 ospiti;
- pedagoga e/o assistente sociale: presenza programmata per 2 ore giornaliere ogni 20 ospiti.

La dotazione minima di personale medico è di:

- a) presenza programmata per 5 ore settimana di un medico responsabile delle funzioni sanitarie ed igienico-organizzative;
- b) presenza programmata per consulenze delle branche specialistiche necessarie per le tipologie di ospiti inseriti in ragione di 5 ore settimana complessive ogni 20 ospiti.

Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare. L'equipe garantisce i necessari approfondimenti diagnostici e la personalizzazione dell'intervento riabilitativo. A tal fine, per ogni paziente l'equipe redige e aggiorna il progetto-programma riabilitativo anche prevedendo il coinvolgimento della persona e/o dei familiari e ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di valutazione.

La struttura è tenuta a compilare e conservare, per ciascun assistito, la cartella clinica, dalla quale devono risultare: a) le generalità dell'assistito; b) la diagnosi; c) l'anamnesi personale e familiare; d) l'esame obiettivo; e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio; f) gli esiti ed i postumi; g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti.

5. Norme integrative e transitorie

Le strutture che presentano al proprio interno differenti tipologie di centri devono identificare nominativamente per qualifiche il personale per i diversi centri, mentre può tenere indifferenziato il personale per i servizi generali, comunque adeguato per il numero complessivo di utenti in struttura.

I requisiti organizzativi fanno riferimento esclusivamente al personale sanitario e assistenziale. Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

In tutte le tipologie di strutture ai familiari del paziente devono essere garantiti:

- a) l'accesso alla struttura;
- b) l'adeguata informazione e lo specifico addestramento rispetto alla gestione del paziente nel proprio ambiente di vita.

Le attività devono essere periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualità, di verifica dei risultati e di valutazione dei pazienti e/o dei familiari (qualità percepita). Deve inoltre essere prevista la partecipazione ai programmi di controllo esterno di qualità della Regione, se esistenti, ovvero a programmi validati a livello nazionale o internazionale.

Le strutture a ciclo continuativo dovranno garantire uno spazio complessivo per ospite non inferiore a 40 mq totali.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel caso di strutture di riabilitazione globale già operanti in regime di accreditamento transitorio alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, possono essere ammesse (in via transitoria) variazioni in diminuzione rispetto agli standard strutturali previsti sino ad un massimo del 15%. Dovranno essere comunque rispettate le normative vigenti in materia edilizia e urbanistica.

Nel caso di strutture di riabilitazione a ciclo continuativo, già operanti in regime di accreditamento transitorio alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, è consentito il mantenimento di un numero di posti letto inferiore agli standard stabiliti nel presente provvedimento.